Паспортные данные

Ф.И.О.: М.А.В.

Возраст: 25 лет (13.10.1989 г.р.)

##### Домашний адрес: г. Рязань, ул. д.

Место работы:

Дата поступления: 25.02.15 14:00

Диагноз направившего учреждения: Неуточненный вирусный гепатит без печеночной комы

Предварительный диагноз: Неуточненный вирусный гепатит без печеночной комы

Клинический диагноз: Острый вирусный гепатит В, безжелтушная форма.

Осложнения основного заболевания: нет

Сопутствующее состояние: нет.

Жалобы на момент курации

На момент осмотра больная предъявляет жалобы на общую слабость, вялость, головокружение, отсутствие аппетита, тошноту и головную боль.

Anamnesis morbi

Считает себя больной с 10.01.15, когда появились рвота, потеря аппетита, горечь во рту, боли в правом подреберье, повышение t до 39оС, незначительный кашель, отвращение к курению. Больная ,изначально, связывала данное состояние с переохлаждением на работе. В связи с чем принимала НПВС и противорвотные. Затем, отмечала незначительное потемнение мочи и обесцвечивание кала с утра на 4 день болезни. В течение следующих 3 дней, температура держалась на уровне 38.2 - 38.4, затем нормализовалась, параллельно с исчезнувшей рвотой. Больная решила, что здорова, но тем не менее, у нее сохранялась слабость и снижение аппетита.

На 15 день болезни появились незначительные боли в локтевых и лучезапястных суставах, которые в последующем пропали на фоне ,вновь, возобновившейся рвоты. Диспепсические симптомы нарастали, параллельно с ними, периодически больная отмечала поднятие температуры до 38.0 .Наличие у себя данного заболевания, связывает с незащищенным половым контактом .После неудачного амбулаторного лечения, больная 23.02.15 обратилась в поликлинику по месту жительства, оттуда 25.02.15 поступила на госпитализацию в инфекционное отделение ГБУ РО «Клиническая больница им. Н.А. Семашко».

Anamnesis vitae

Рост и развитие: без особенностей

Перенесенные заболевания: грипп

Аллергологический анамнез: не отягощен

Наследственность: не отягощена

Вредные привычки со слов больной: курение(10 сигарет в день), употребление алкоголя и наркотиков отрицает.

печеночный хронический холецестит обострение

Эпидемиологический анамнез

Гепатит B - вирусная антропонозная инфекционная болезнь с контактным и вертикальным механизмом передачи возбудителя. Основным резервуаром и источником заболевания служат больные ОГВ , ХГВ и вирусоносители. У больных HBV - инфекцией HBsAg и ДНК HBV обнаруживают в крови, моче ,слюне, желчи , слезах ,фекалиях, грудном молоке , вагинальном секрете, сперме ,цереброспинальной жидкости ,крови пуповины. Однако только кровь , сперма , вагинальный секрет , возможно слюна, представляют реальную эпидемиологическую опасность, так как в других жидкостях, концентрация вируса очень мала. При остром гепатите B больной заразен с середины инкубационного периода до периода разгара и полного освобождения организма от вируса. Длительность инкубационного периода подвержена большими колебаниями и варьирует от 30 до 180 дней и более, в связи с чем эпидемиологический анамнез, должен включать в себя сбор информации за последние 6 месяцев жизни больной.

. Контакт с инфекционными больными:

1,5 мес. назад у больной имелся неоднократный, незащищенный половый контакт с лицами нерусской национальности.

. Контакты с животными отрицает. Случаев заболевания гепатитом среди окружающих больную на работе и дома не было.

. Социально-бытовые условия удовлетворительные, живет в отдельной квартире. Санитарное состояние жилья удовлетворительное. Соблюдает правила личной гигиены. Пьет не кипяченую воду.

. Трансфузий крови, оперативных вмешательств за последние 6 месяцев не было. Употребление наркотиков отрицает( в том числе и парентеральных) .

. Стоматолога посещала в апреле 2002г.

. От гепатита B не привита.

. Татуировок на теле обнаружено не было.

Оценка состояния больной

Общее состояние больной: средней тяжести

Положение: активное

Сознание: ясное

Кожные покровы: нормальной окраски.

Акроционоз: не наблюдается

Сыпь: отсутствует

Видимые слизистые обычной окраски

Периферические отеки отсутствуют

Система органов дыхания

При осмотре грудная клетка правильной формы, симметричная. Ход рёбер обычный, межрёберные промежутки не расширены. Частота дыхания 16 в мин., дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания грудной.

Аускультация: дыхание везикулярное, хрипов нет

Сердечно-сосудистая система

Набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют. Цианоза, одышки, периферических отёков нет.

При пальпации лучевых артерий пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, нормального напряжения, удовлетворительного наполнения, по величине большой, по форме - нормальный, ЧСС 130 уд/мин,

Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС 130/мин, АД 120/70 мм.рт.ст

Система органов пищеварения

Губы физиологичной окраски, слегка влажные, высыпания и трещины не обнаружены, Слизистая полости рта равномерной розовой окраски, язык обычной величины и формы, влажный, розовый, с незначительным белесоватым налетом и выраженными сосочками, мягкое и твердое небо розовые, без пятен и налета, миндалины не увеличены. Живот округлый, обе половины симметричны, активно участвуют в акте дыхания, пупок умеренно втянут, сосудистые звездочки и грыжевые выпячивания не наблюдаются. Усиления венозного рисунка на передней брюшной стенке нет.

При пальпации уплотнений и опухолевидных образований не обнаружено, резистентность мышц пресса выражена умеренно.

Селезенка не пальпируется

Печень не пальпируется. Размеры печени по Курлову: срединно-ключичная линия - 10 см, по передне-срединной - 9 см, по левой реберной дуге -8 см.

Симптомы раздражения брюшины отсутствуют

Стул регулярный, 1 раз/сут

Мочеполовая система

Симптом «поколачивания» поясничной области отрицательный с обеих сторон

Мочеиспускание свободное, беболезненное.

Диурез не нарушен, моча соломенно-желтого цвета

Нервная система

Характер спокойный, устойчивый, дружелюбно относится к медицинскому персоналу. Ориентирована во времени, месте, ситуации. Эйфории, бреда, галлюцинаций не отмечается. Сон не нарушен. Патологических рефлексов не выявлено. Изредка отмечается головная боль и головокружение. Судороги и непроизвольные движения не наблюдаются, трофических нарушений и болезненности по ходу нервных стволов нет, обоняние и вкус не нарушены.

Движение глазных яблок в полном объёме, зрение нормальное, форма зрачков правильная, D=S; со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена, мимическая мускулатура симметрична, оскала зубов нет, язык располагается посередине. Со стороны слуха патологических изменений нет.

Предварительный клинический диагноз

) На основании жалоб больной: рвота, потеря аппетита, горечь во рту, боли в правом подреберье, повышение t до 39оС, потемнение мочи, обесцвечивание кала, боли в лучезапястных и локтевых суставах.

) На основание anamnesis morbi : Считает себя больной с 10.01.15 , когда появились первые жалобы. В дальнейшем заболевание развивалось с прогрессированием таких симптомов, как: астено-вегетативный, диспепсический, артролгический, цитолитический, в проявление которых, отмечалась, некоторая цикличность - Температура тела, от стойкого фибрилетета опускалась до нормы, а спустя, несколько дней вновь поднималась до высоких цифр. Такая же цикличность отмечалась и с диспепсическими явлениями.

) На основании данных эпидемиологического анамнеза: многочисленные незащищенные половые контакты с вероятно инфицированными партнерами. Можно поставить предварительный диагноз:

Неуточненный вирусный гепатит, безжелтушная форма.

План лабораторно-инструментального обследования больного

Обязательные исследования

1. Общий анализ крови
2. Определение группы крови и резус-фактора
3. Определение реакции Вассермана
4. Кровь на ИФА
5. Общий анализ мочи
6. Кал на яйца глист и лямблий
7. ЭКГ
8. ФЛГ

Лабораторные и инструментальные исследования, которые могут уточнить предварительный диагноз.

1. Биохимический анализ крови
2. УЗИ- исследование

Специфические методы исследования для исключения дифференцируемых заболеваний

1. Анализ крови методом ИФА на маркеры гепатита В: HBsAg, HBe-Ag, анти-HBe, анти-HBc IgM.

2. ПЦР на HBv ДНК и ДНК-полимеразу.

Дневник наблюдений

.03.15. Жалобы на слабость. Состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые нормальной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД-17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС-63 в мин. Живот мягкий, без болезненный, печень выступает из-под края правой реберной дуги +1 см. Симптом Пастернацкого отрицательный.

.03.15. Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые нормальной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД-16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС-60 в мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края правой реберной дуги +1 см.; симптом Пастернацкого отрицательный

.03.15.Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые нормальной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД-17 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС-60 в мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, без болезненный, печень выступает из-под края правой реберной дуги +1,5см.; симптом Пастернацкого отрицательный, моча и кал нормальной окраски (со слов больного).

.03.15. Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые нормальной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД-16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС-62 в мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, без болезненный, печень выступает из-под края правой реберной дуги 1см.; симптом Пастернацкого отрицательный, моча и кал нормальной окраски (со слов больного).

Результаты дополнительного исследования больного.

Реакция на ИФА отрицательная.

Реакция Вассермана отрицательная.

Общий анализ крови(27.02.15) :

Эритроциты - 4,1х1012 /л

Гемоглобин - 130 г/л

Цветной показатель - 1

Лейкоциты - 6х109 /л

Эозинофилы - 2%

Палочкоядерные нейтрофилы - 5%

Сегментоядерные - 60%

Лимфоциты - 32%

Моноциты - 3%

СОЭ - 3 мм/ч

Биохимический анализ крови(02.03.15):

Билирубин - 28 мкмоль/л (прямой- 10 мкмоль/л, не прямой- 18 мкмоль/л)

Тимоловая проба- 11,5 ед.

АсАт-501 ед.

АлАт-1780 ед.

Биохимический анализ крови(03.03.15):

Холестерин - 3,9 ммоль/л

Билирубин - 28 мкмоль/л (прямой- 10 мкмоль/л, не прямой- 18 мкмоль/л)

Тимоловая проба- 60 ед.

АсАт-200 ед.

АлАт-690 ед.

Белок - 72 г/л

Глюкоза - 5 ммоль/л

Протромбин 0,86

УЗИ(02.03.15.):

УЗИ брюшной полости. Размеры печени +1см., структура однородная. Желчные протоки не расширены. Длина чревного ствола-15мм. Желчный пузырь размером 79\*21мм., стенка-2мм., общий желчный проток-4 мм., поджелудочная железа однородной структуры, головка-22мм., тело-12мм., хвост-17мм. Селезенка однородной структуры, размером 116\*38 мм.

ЭКГ (27.02.15.):

Р= 0,1сек.

Интервал PQ = 0.12 сек. Комплекс QRS - 0.1 сек.

Интервал RR= 1.05 сек. ЧСС = 57 уд/мин

Синусовая брадикардия. Электрическая ось нормально расположена.

Австралийский антиген ИФА(02.03.15) «+»

В крови повышено содержание общего билирубина, причем повышен прямой, что может быть связано с нарушением целостности гепатоцитов, происходит попадание прямого билирубина в общий кровоток.

Повышена тимоловая проба за счет снижения синтеза α1- и α2- глобулинов в печени, а синтез γ-глобулинов производится в основном в клетках иммунного ответа.

В крови повышено содержание транспептидазных ферментов (АсАт, АлАт), вырабатываемых в гепатоцитах, это указывает на повреждение целостности клеток печени.

Цитолитический синдром

Мезенхимально-воспалительный синдром

Холестатический синдром

Дифференциальный диагноз

У данного больного выявлены синдромы: диспепсический, астено-вегетативный, цитолитический, мезенхимально-воспалительный, холестатический. В связи с чем целесообразно проводить дифференциальную диагностику с такими заболеваниями как Гепатит А (преджелтушный период) Лептоспироз в безжелтушной форме, хронический холецестит и энтерит в фазе обострения.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Признак | ВГВ | ВГА | Лептоспироз | Холецистит | Энтерит |
| Этиология | Вирус гепатита В | Вирус гепатитаА | L. Interrogans, L. biflexa | Условно патогенные м/о | Причины заболевания весьма разнообразны. |
| Эпид. анамнез | Парентеральные манипуляции, гемотрансфузии, незащищенные половые контакты. | Общение с больными в коллективе, общежитии, семейные контакты. Употребление некачественных продуктов питания. | Источник - дикие с/х и домашние животные, а также грызуны, купание в грязных водоемах. | Отсутствует | Отсутствует |
| Механизм передачи | Контактный, вертикальный | Фекально-оральный. | Контактный. | Отсутствует | Отсутствует |
| Инкубационный период | 30-180 дн. | 7 - 50дн. | 3- 30 дн. | Отсутствует | Отсутствует |
| Начало болезни | Острое | Острое, подострое | Острое | Острое | Острое, подострое. |
| Лихорадка | Умеренная до 3-4 суток | Умеренная до 3-4 суток | Высокая 3-15суток | Умеренная(до 38 градусов) | Умеренная(до 38 градусов) |
| Диспепсический синдром | Тошнота, тяжесть в правом подреберье, анорексия. | Тошнота, тяжесть в правом подреберье, анорексия. | Рвота, Анорексия | Тошнота, рвота с примесью желчи,анорексия, запор. | Диарея, метеоризм, тошнота, рвота,анорексия. |
| Артралгия | Характерна | Ломота в костях и суставах в продормальном периоде. | Не характерна | Не характерна | Не характерна |
| Миалгия | Не характерна | Не характерна | Характерна | Напряжение мыщц брюшной стенки. | Не характерна |
| Боли в животе | Правое подреберье | Возможна в тяжелом течении | Не характерна | Острые боли в правом подреберье, с иррадиацией в лопатку. Желчная колика. | Боли в области пупка и правого подреберья, распирающего характера |
| Кожаные проявления | Крапивница, геморрагическая при тяжелом течении | Не характерны | Полиморфная сыпь. | Возможен кожный зуд. | Не характерны |
| Размеры печении, селезенки | Увеличины | Увеличины, особенно часто у детей. | Увеличины | Резко увеличена селезёнка, пальпируема | Не увеличины |
| Уровень трансфераз | Резко повышен | Резко повышен | Незначительно повышен | Незначительно повышен | Не повышен |
| Билирубин | Повышен, больше связанный | Умеренно-повышен, за счет прямой фракции. | Повышен, обе фракции | Гипербилирубинемия, в основном за счет прямого билирубина | Не повышен |
| Протеинурия | Незначительная | Незначительная | Высокая | Незначитель-ная | Незначительная |
| Специфическая диагностика | ИФА, обнаружение специфических маркеров | ИФА, обнаружение специфических маркеров | РМГА, РАЛ лептоспир, микроскопия | Отсутств. | Отсутств. |
| Проф. Особенности | Относительно часто болеют медицинские работники | Не характерны | Работники животноводческих х-в, зоопарков | Профессии с пасивным ведением деятельности, а также с нарушенным режимом питания | Явно выявленных закономерностей не наблюдается |
| Осложнение, исходы | Хронизация процесса. | Печеночная кома, заболевание желчного пузыря. Выздоровление, затянувшиеся реконвалесценция | ИТШ,ОПН, миокардит, пневмония. Летальность 1-3% | ЖКБ, водянка,холангит. .Прогноз удовлетварительный |  |

Окончательный клинический диагноз и его обоснование

1. На основании жалоб больной (рвота, потеря аппетита, горечь во рту, боли в правом подреберье, повышение t до 39оС , потемнение мочи, обесцвечивание кала боли в лучезапястных и локтевых суставах).

2. На основание anamnesis morbi : Считает себя больной с 10.01.15 , когда появились первые жалобы. В дальнейшем заболевание развивалось с прогрессированием таких симптомов, как: астено-вегетативный, диспепсический, артролгический, цитолитический, в проявление которых,отмечалась, некоторая цикличность - Температура тела, от стойкого фибрилетета опускалась до нормы, а спустя, несколько дней вновь поднималась до высоких цифр. Такая же цикличность отмечалась и с диспепсическими явлениями.

. На основании эпиданамнеза. Вероятный механизм передачи -контактный, половой путь заражения от больного гепатитом В, входные ворота - слизистая половых органов.

. На основании клинических данных. Диспепсический синдром- снижение аппетита, тошнота, боли в правом подреберье. Астено-вегетативный синдром- недомогание, слабость, бессонница. Брадикардия- 57 ударов в мин. Уробилинурия.

. На основании лабораторных данных. Гипербилирубинемия до 28 мкмоль/л, гипертрансфераземия (АсАт-200 ед., АлАт-690 ед.), тимоловая проба- 60 ед.

УЗИ- гепатомегалия +1 см.

. На основании данных специфической диагностики(ИФА) - HBsAg «+»

На основании полученных данных можно сформулировать диагноз:

Острый вирусный гепатит В, безжелтушная форма, легкой степени тяжести

Лечение

Режим полупостельный

Стол №\_5

Наряду с правильным соотношением белков - 90 -100 г, жиров - 80 -100 г и углеводов - 350 - 400 г (в пересчете на 1 кг массы тела примерно 1,5-1,2-5,5 г), она должна содержать основные витамины (С-100 мг, В1-4мг, РР-15 мг, А-2-4 мг), химические элементы (Са-0,8 мг, Р-1,6 г, Mg-0,5 г,мг). Количество свободной жидкости составляет примерно 1,5-2 литра при некотором ограничении поваренной соли (10 г). Белки-50% животных и 50% молочных и растительных, жиры-80-85% сливочного, 15-20% растительных масел, углеводы-80% поли-, 20% - моносахаридов (пищевой сахар). Обычная энергетическая ценность - 11,723-12,560 кДж (2800-3000 ккал).

Диета должна быть механически и химически щадящей. Принципиально важен способ приготовления блюд. Жареные блюда исключаются, поскольку они содержат токсичные продукты неполного разложения жира (акролеин, альдегиды). Разрешаются варёные, запечённые и тушеные блюда (после предварительного отпаривания). Жиры не растапливают, а добавляют в натуральном виде. Блюда готовят без соли, а установленное ее количество добавляют во время еды. Овощи с особенно высоким содержанием клетчатки (свёкла, морковь, капуста) рекомендуются в протёртом виде. Протирают также жилистое мясо. Важное значение имеет рациональное сочетание пищевых ингридиентов, например творог предпочтителен с добавлением молока или молочнокислых продуктов. Пищу подают теплую, но не излишне горячую. Холодные блюда не показаны, поскольку могут способствовать дискинезии желчных путей. Не рекомендуются также мясные супы, богатые экстрактивными веществами. Питание дробное, 4-5 -кратное. Дополнительные приемы пищи-второй завтрак, полдник-призваны разгрузить основные трапезы. Ужин должен быть лёгким-не более 20% общей энергетической ценности.

При отборе продуктов непременным условием являются их безукоризненная полноценность и свежесть. Суточное количество хлеба составляет от 200 до 300 г, с учетом привычного для больного объема, в основном пшеничного, иногда-с добавлением ржаного. Хлеб разрешают вчерашней выпечки или подсушенный, свежий хлеб не рекомендуют. В качестве основных напитков больным предлагают (по вкусу) некрепкий чай, чай с молоком, можно с вареньем или с мёдом, лимоном, фруктовые и ягодные соки, отвар шиповника, некрепкий кофе с молоком. Крепкий чай и кофе, какао, квас не разрешаются. Любые алкогольсодержащие напитки запрещаются категорически.

|  |  |
| --- | --- |
| Rp: Dr. Legalon-70 № 100 D.S.: Принимать внутрь по 1 драже 3 р/д | Гепатопротектор, антиоксидантная активность, стимуляция синтеза белка. |
| Rp: Sol. Haemodesi 400 ml №2 D.S.: Вводить в/в кап. 1 р/д | Дезинтоксикационный раствор. Связывает токсины, выводит из организма. |
| Rp: Tab. Riboxini 0,2 №100 D.S.: Принимать внутрь по 1 таб. 3 р/д | Анаболическое действие, улучшает энергетический баланс клетки (предшественник АТФ) |
| Rp: Polyphepanum D.S.: Принимать внутрь по 1ст.л., размешать в стакане воды. | Обладает высокими адсорбционными свойствами. Адсорбирует токсические, трудноперевариваемые вещества в ЖКТ. |
| Rp: Dr. Revitum №100 D.S.: Принимать внутрь по 1 др. 3 р/д | Поливитамин. |

Прогноз

Прогноз для жизни относительно благоприятный. Так как при гепатите В имеются морфологические изменения печеночной ткани воспалительного характера, возможно полное восстановление её. Учитывая легкую степень тяжести заболевания, поддающуюся терапии, адекватное поведение больной, отсутствие у нее пристрастия к алкоголю и наркотическим веществам, отсутствие сопутствующей патологии, удовлетворительные бытовые условия, высока вероятность, что процесс может полностью регрессировать, вплоть до полного клинического выздоровления, при соблюдении должной диеты. Гепатит В часто (в 15% случаев) может переходить в хронические формы, с развитием в дальнейшем цирроза печени и гепатокарциномы при влиянии неблагоприятных факторов (курение, несоблюдение диеты, употребление алкоголя даже в небольших количествах). Хронизация также зависит от особенностей иммунологической реактивности пациента, которые строго индивидуальны и предугадать которые практически невозможно. Поэтому вероятность такого исхода также существует, несмотря на сравнительно легкое течение. Не исключено, что у больной в периоде выздоровления может развиться постгепатитный синдром с астеновегетативными проявлениями. После клинического и морфологического выздоровления возможно полное восстановление работоспособности.

Эпикриз

М.А.В. 25 лет. Состояние средней степени тяжести. Дата заболевания (со слов больной): 25.01.15 . Дата поступления: 25.02.15.На момент поступления предъявляла жалобы на рвота, потеря аппетита, горечь во рту, боли в правом подреберье, повышение t до 39оС , потемнение мочи, боли в лучезапястных и локтевых суставах. Обратилась в поликлинику по месту жительства. Направлена на госпитализацию в инфекционное отделение ГБУ РО «Клиническая больница им. Н.А. Семашко». На момент курации (03.03.15) больная предъявляет жалобы на общую слабость, вялость, головокружение, отсутствие аппетита, тошноту.

За время пребывания в стационаре ей были проведены следующие лабораторные и инструментальные исследования:

Реакция на ИФА отрицательная.

Реакция Вассермана отрицательная.

Общий анализ крови(27.02.15) :

Эритроциты - 4,1х1012 /л

Гемоглобин - 130 г/л

Цветной показатель - 1

Лейкоциты - 6х109 /л

Эозинофилы - 2%

Палочкоядерные нейтрофилы - 5%

Сегментоядерные - 60%

Лимфоциты - 32%

Моноциты - 3%

СОЭ - 3 мм/ч

Биохимический анализ крови(02.03.15):

Билирубин - 28 мкмоль/л

Тимоловая проба- 11,5 ед.

АсАт-501 ед.

АлАт-1780 ед.

Биохимический анализ крови(03.03.15):

Холестерин - 3,9 ммоль/л

Билирубин - 28 мкмоль/л

Тимоловая проба- 60 ед.

АсАт-200 ед.

АлАт-690 ед.

Белок - 72 г/л

Глюкоза - 5 ммоль/л

Протромбин 0,86

УЗИ(02.03.15.):

УЗИ брюшной полости. Размеры печени +1см., структура однородная. Желчные протоки не расширены. Длина чревного ствола-15мм. Желчный пузырь размером 79\*21мм., стенка-2мм., общий желчный проток-4 мм., поджелудочная железа однородной структуры, головка-22мм., тело-12мм., хвост-17мм. Селезенка однородной структуры, размером 116\*38 мм.

ЭКГ (27.02.15.):

Р= 0,1сек.

Интервал PQ = 0.12 сек. Комплекс QRS - 0.1 сек.

Интервал RR= 1.05 сек. ЧСС = 57 уд/мин

Синусовая брадикардия. Электрическая ось нормально расположена.

Австралийский антиген ИФА(02.03.15) «+»

Был поставлен диагноз: острый вирусный гепатит В, безжелтушная форма, легкой степени тяжести сопутствующее заболевание: нет. Вероятный механизм передачи - перкутанный, половой путь заражения от больного гепатитом В, входные ворота - слизистая половых органов.

За время госпитализации прослеживается положительная динамика.

Рекомендации больному

Больным ВГ и после перенесенного ВГ разрешатся:

* Молоко, кисломолочные продукты, творог.
* Отварное и паровое нежирное мясо - говядина, куры, кролик.
* Отварная нежирная рыба.
* Блюда и гарниры из овощей - картофель, морковь, свекла, свежая и некислая квашеная капуста, зеленый горошек, помидоры, свежие огурцы.
* Некислые фрукты и ягоды, варенье, мед.
* Супы крупяные, овощные, фруктовые.
* Различные каши и макаронные изделия.
* Хлеб, преимущественно пшеничный, грубого помола, вчерашний.
* Печение и др. изделия из несдобного теста.

Ограничивается:

* Мясные, куриные, рыбные супы - не чаще 1-2 раза в неделю.
* Сливочное масло / 30-40 гр. в день/, часть жиров вводится в виде растительного масла, сметаны для заправки.
* Яичный желток - не более 1-2 раза в неделю /белок чаще/.
* Сыр - в небольшом количестве, неострые сорта.
* Сосиски говяжьи, колбаса докторская, 2-3 раза в неделю.

Запрещается:

* Все виды жареных, копченых, соленых продуктов.
* Свинина, баранина, гуси, утки.
* Острые приправы - горчица, хрен, перец, уксус.
* Редька, лук, часнок, грибы, орехи, щавель.
* Кондитерские изделия.
* Какао, черный кофе, мороженое.
* Фасоль, бобы.